

介護保険関係書類送付先変更届出書

福津市長様

下記被保険者の介護保険関係書類について、
 送付先を変更しますので届け出ます。
 送付先変更を取り消しますので届け出ます。

届出日 年 月 日

届出者	関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 () ※本人・親族以外の申請には必ず委任状を添付してください	
	氏名		
	住所	※被保険者と同一の場合は記入不要	
	連絡先		

被保険者	被保険者番号	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>																
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日									
	氏名				性別	男・女												
	住所	〒 -																
送付先 ※取消の場合 は記入不要	〒 -																	

様方
連絡先 () -

(確認欄)

<input type="checkbox"/> 本人・親族による申請	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード等 <input type="checkbox"/> 医療保険証等 <input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> CM等による申請	<input type="checkbox"/> 免許証等 <input checked="" type="checkbox"/> 委任状

※ 顔写真付の証明書(○)はいずれか1点で確認
 ※ 顔写真のない証明書(□)は医療保険証+介護保険証等で2点確認

課長	係長	担当

(担当者確認) EXCEL e-AD LP 処理日 /